

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 375

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

AIMÉ ALBERT

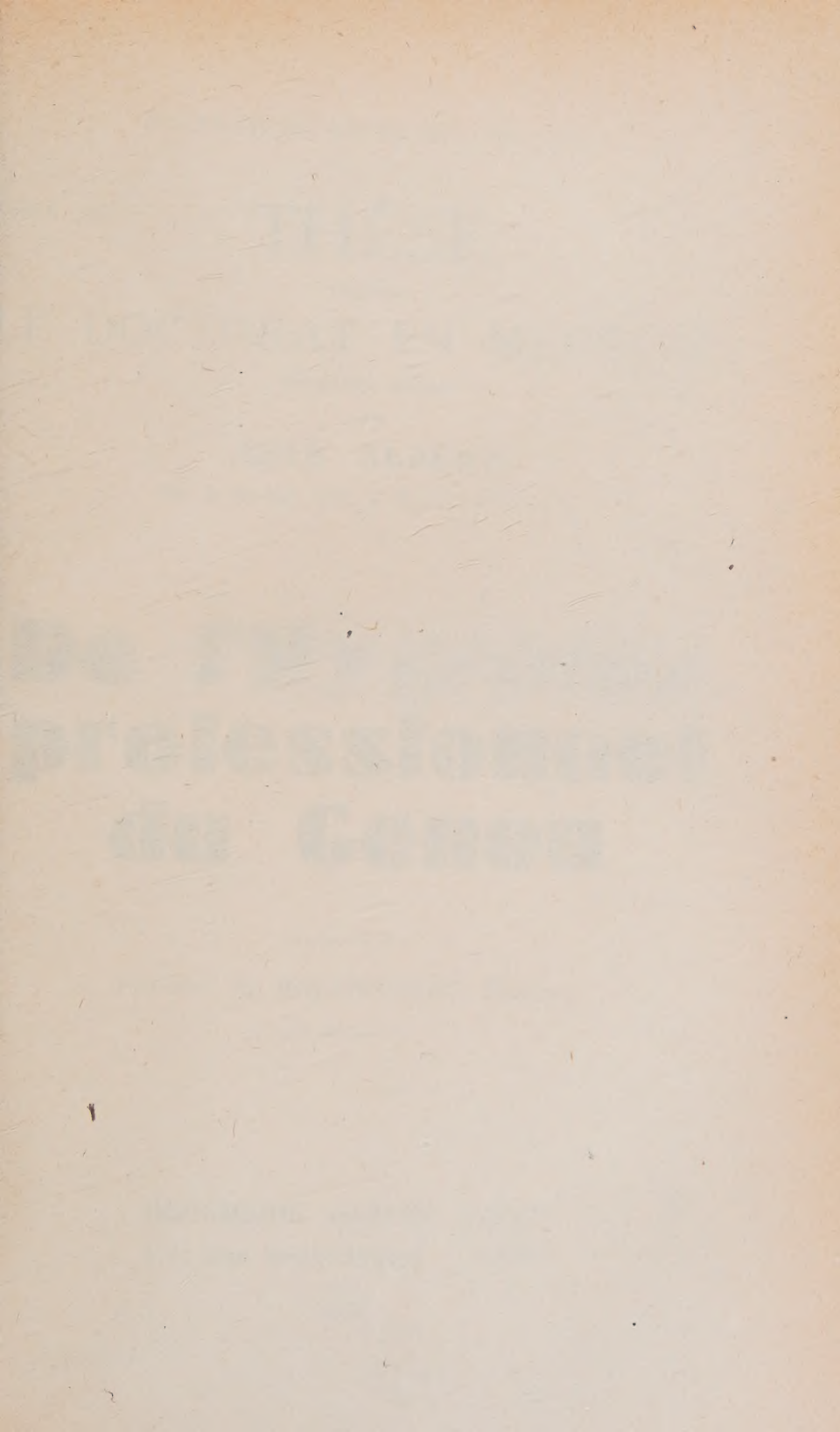
Né le 28 Mai 1909, à Narbonne (Aude)

De l'Hygroma professionnel du Genou

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

IMPRIMERIE GASTON DALEX
171, Rue Saint-Jacques — PARIS

1939





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

AIMÉ ALBERT

Né le 28 Mai 1909, à Narbonne (Aude)

De l'Hygroma professionnel du Genou

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

IMPRIMERIE GASTON DALEX

171, Rue Saint-Jacques — PARIS

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire	VERNE.
	HOVELACQUE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Créologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mile J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

MM.
ALAJOUANINE .
BRULE
AUBERTIN
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY - RADOT

Clinique médicale.

SEZARY

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie Clinique.
Stomatologie.
Puériculture,

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*dans l'espoir que ce travail sera l'humble
récompense de leur dévouement et de leurs
sacrifices.*

AUX MIENS, A MES AMIS

A NEW METHOD OF ESTIMATING THE

WATER CONTENT OF SOILS

BY DR. J. H. VAN DER MEER

Member of the Royal Academy of Sciences

Dr. J. H. van der Meer has been for many years
connected with the Agricultural Laboratory of the
University of Amsterdam, where he has been
engaged in the study of the water content of
soils.

AND HOW TO USE IT

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale
a la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

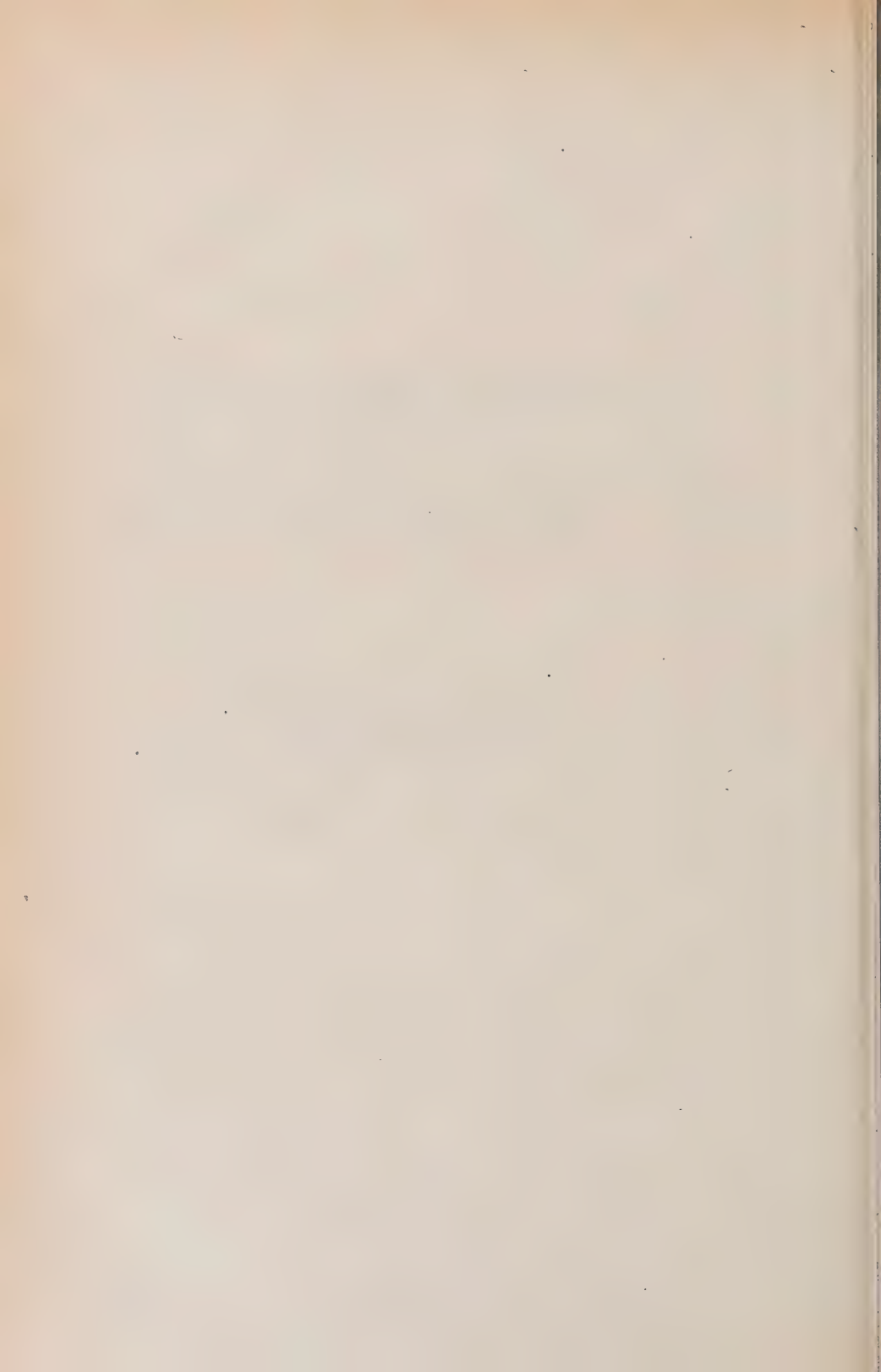
•



A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUSSER
Directeur de l'Institut
de recherches sur les maladies professionnelles

*que nous remercions des facilités qu'il
nous a apportées.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE



INTRODUCTION

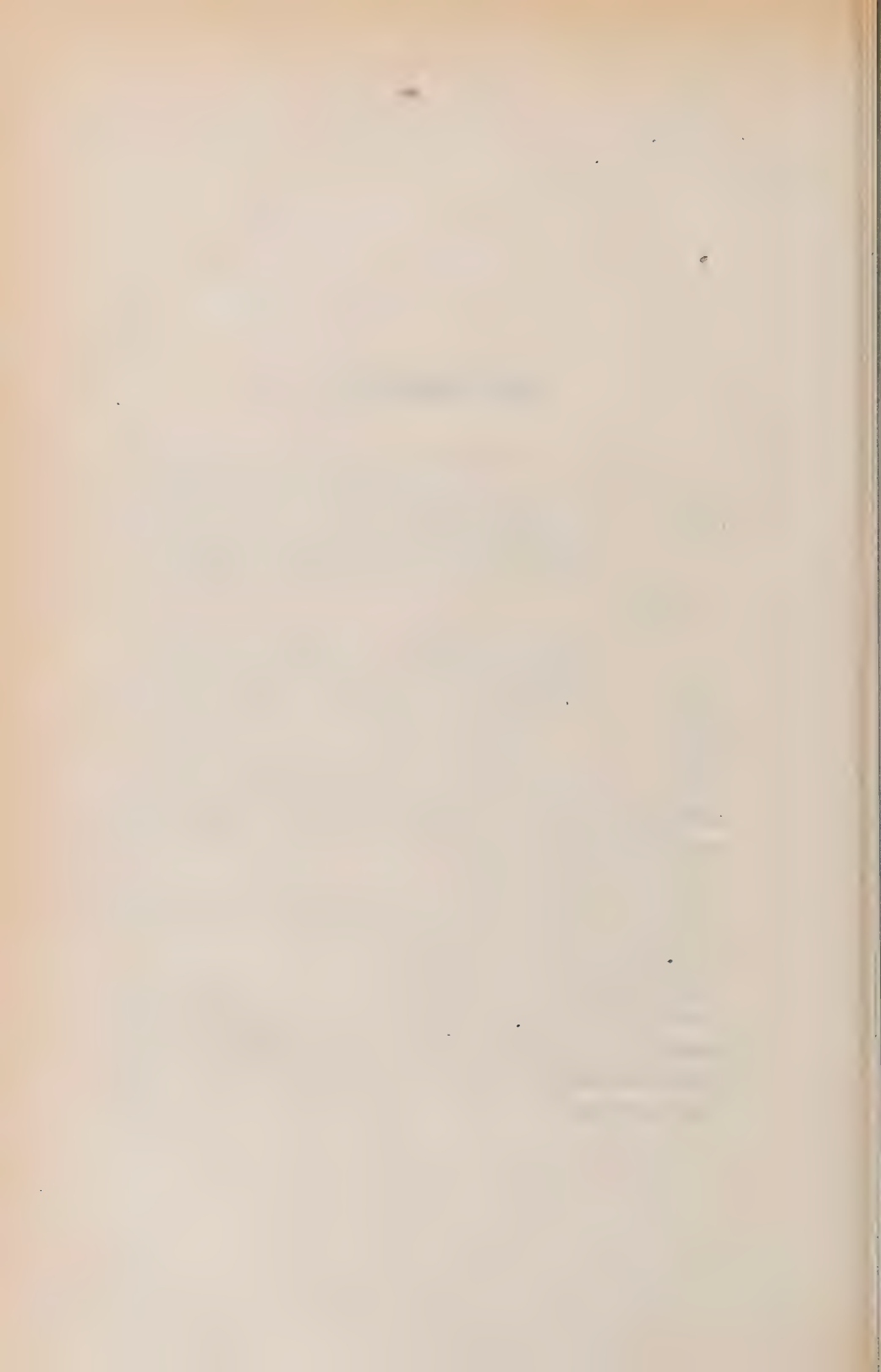
De nombreux auteurs signalent un hygroma chronique du genou dû aux traumatismes locaux répétés et propre à certaines professions. Il est classique de citer les parqueteurs, les raboteurs de parquet, les carreleurs, les couvreurs, les paveurs, les lavandiers, les religieux, etc.

Nous nous sommes proposés de rechercher et d'étudier cette maladie parmi les parqueteurs et les raboteurs de parquet qui travaillent constamment à genoux. Nous avons réuni neuf observations personnelles.

Par sa fréquence, par les problèmes que pose sa pathogénie, par les questions de médecine légale qu'il soulève, l'hygroma professionnel mérite de retenir l'attention du médecin.

Il nous a paru indispensable de placer en tête de ce travail une étude anatomique des bourses séreuses de la région du genou.

Nous étudierons ensuite l'anatomie pathologique, l'étiologie, les formes cliniques, le diagnostic différentiel, le traitement, l'état actuel de la législation, les précisions cliniques que nous paraissent apporter nos observations.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est vers la fin du XVIII^e siècle que commencent d'être connues les maladies des bourses séreuses. Maintes fois observées, jusque-là elles étaient confondues avec d'autres maladies et signalées comme tumeurs, abcès, etc.

Lédran en 1731, de La Motte en 1771, Saviard en 1784 en publient des observations.

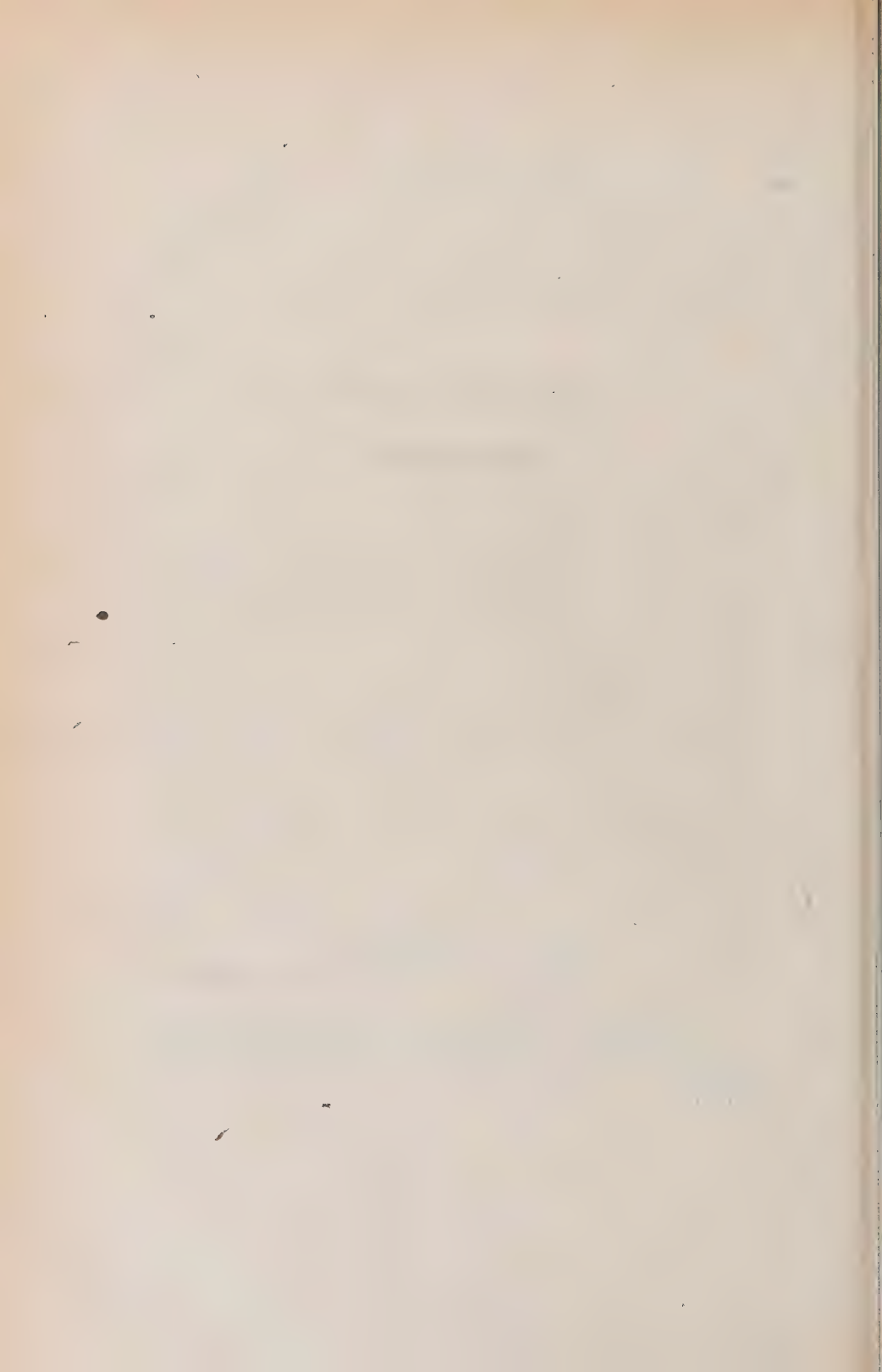
Camper (Société Royale de Médecine, année 1774) décrit les bourses du genou et parle de leur hydropisie.

Velpeau (1743) approfondit la question au cours de ses recherches d'anatomie et d'anatomie pathologique.

Chassaignac et Verneuil plus récemment continuent ces recherches sur les hygromas.

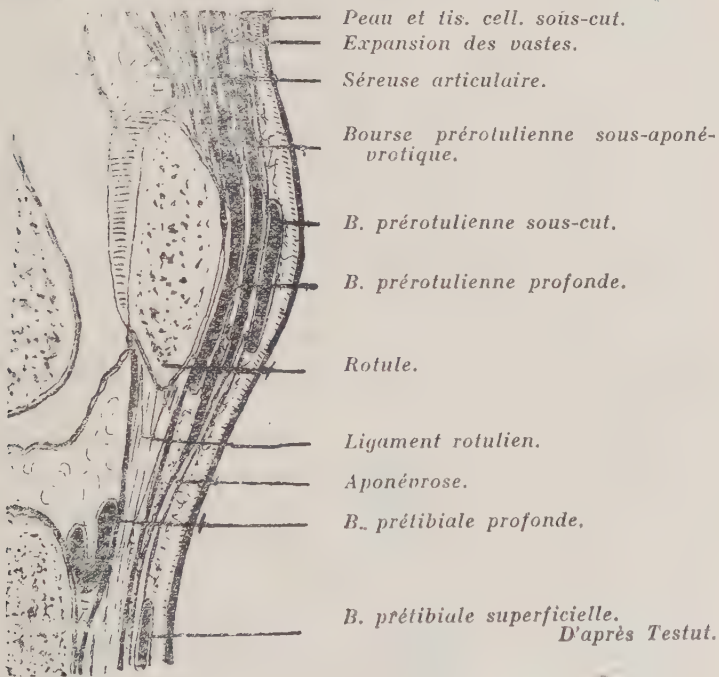
Virchow et Schuchard ont étudié particulièrement l'anatomie pathologique.

Le progrès des connaissances anatomiques permet de préciser le siège, la pathogénie, la technique opératoire.



ANATOMIE

Si l'on dissèque plan par plan la région rotulienne et sous-rotulienne on trouve sous la peau dans l'espace sus-aponévrotique en plein tissu cellulaire une bourse séreuse décrite sous le nom de *bourse pré-*



rotulienne superficielle. Ses petites dimensions (pièce de 50 centimes) la font passer souvent inaperçue. (Les anciens anatomistes ne la connaissaient pas.)

Si l'on fend verticalement l'aponévrose superficielle, on constate qu'elle est séparée de l'expansion aponévrotique du quadriceps par un interstice décollable en forme de V, à base supérieure et à sommet inférieur répondant à la face antérieure du tendon rotulien. Cet interstice contient la *bourse prérotulienne moyenne*, connue des anciens auteurs qui la considéraient comme sous-cutanée, alors qu'elle est en réalité sous-aponévrotique. Cette bourse est la plus volumineuse des bourses de la région du genou.

Si nous fendons l'expansion aponévrotique du quadriceps nous tombons sur la rotule, recouverte elle-même de son périoste et il existe là, dans cet espace sous-tendineux, une bourse, la *bourse prérotulienne profonde*.

Au-dessous de la rotule on trouve en allant de la surface vers la profondeur, la *bourse prétiibiale superficielle* (Bursa infrapatellaris subcutanea) située dans le même plan que la bourse prérotulienne sous-cutanée. Cette bourse est inconstante.

Plus profondément on trouve l'aponévrose et le ruban fibreux épais et résistant du ligament rotulien. En arrière de lui, tout en bas, entre le ligament et le tibia, existe une bourse séreuse, la *bourse prétiibiale profonde* (Bursa infrapatellaris profunda seu infragenualis). Au-dessus de la bourse existe un paquet celluloadipeux qui n'est autre que le paquet *adipeux antérieur du genou*.

La dissection de la région latéro-interne du genou

permet de découvrir entre le plan profond et le plan superficiel de la patte d'oie un tissu cellulaire lâche le plus souvent transformé en cavité séreuse. Le plan profond est lui-même séparé du ligament latéral interne et de la portion de l'expansion quadricipitale, qui prolonge ce ligament en avant, par une bourse séreuse constante, *la bourse de la patte d'oie*. Cette bourse dont les dimensions sont, en moyenne, celles d'une pièce de cinq francs, occupe la partie inféro-interne du genou et sa limite supérieure répond assez bien à une ligne horizontale passant par la tubérosité antérieure du tibia. Elle communique ordinairement avec la cavité séreuse interposée entre le plan superficiel et le plan profond, lorsque cette cavité

Bourse sus-rotulienne.

B. prérotulienne sous-cut.

B. prérot. sous-aponévrot.

B. prérotulienne profonde.

B. rotulienne latérale.

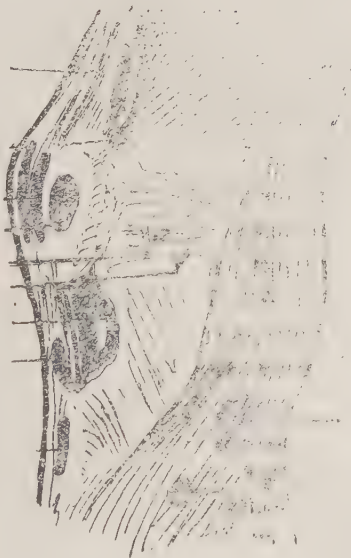
B. du ligament latéral int.

B. prétibiale profonde ou sous-tendineuse.

B. prétib. superficielle ou sus-tendineuse.

B. de la tubérosité ant. du tib.

B. de la patte d'oie.



existe. Les hygromas aigus de cette bourse s'accompagnent d'une demi-flexion de la jambe sur la cuisse et sont susceptibles, par conséquent, d'être confondus à un examen superficiel tout au moins avec une affection articulaire.

On a encore décrit une bourse inconstante au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ainsi qu'une bourse de l'aileron rotulien interne et une bourse au niveau du ligament latéral interne.

Les bourses, ou du moins les espaces cellulaires dont elles proviennent, préexistent à la naissance et se développent chez le fœtus pendant la seconde moitié de la vie intra-utérine (Bize). Ce n'est que plus tard en effet, au fur et à mesure que s'établissent les mouvements du genou, qu'elles acquièrent les dimensions qui les caractérisent chez l'adolescent et l'adulte.

Au point de vue de leurs relations réciproques, les bourses sont tantôt indépendantes, tantôt elles communiquent entre elles. (Les bourses rotuliennes le plus souvent.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Normalement, les bourses séreuses forment une cavité virtuelle. Elles contiennent très peu de liquide. Humidité serait un terme plus exact. La ponction est donc négative et les recherches de laboratoire impossibles. Selon l'expression de Langemark, on ne peut parler des trois dimensions des bourses. Dans ces solutions de continuité du tissu conjonctif, il n'existe pas de revêtement épithélial proprement dit. Les faces au contact de cette lacune sont recouvertes de cellules conjonctives accolées et modifiées par un long travail d'adaptation pour former un revêtement qui ne s'élève jamais au rang de véritable séreuse.

Un auteur américain, Jones, reprenant une théorie esquissée déjà par Virchow et Schuchard, et l'étayant sur des documents histologiques convaincants, attribue la formation de l'hygroma à la fois à la prolifération et à la liquéfaction du tissu conjonctif. Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces processus nous aurons les diverses formes anatomo-pathologiques décrites. Il s'agirait d'après lui d'une réaction normale du tissu conjonctif au traumatisme.

Bursites non-infectieuses

Ce sont celles qui répondent au processus que nous venons d'indiquer. Ainsi s'expliquent les formes décrites par les auteurs.

LA FORME SÉREUSE est la plus fréquente. C'est un hygroma kystique. L'épaisseur de la paroi varie de 1 mm. à 3 cm.

La cavité souvent multiloculaire contient un liquide clair, citrin, gélatineux, riche en mucine, parfois analogue à la synovie. De nombreux auteurs ont constaté la présence de fibrine. Cette fibrine pourrait faire penser à un exsudat inflammatoire. D'après Langemark elle proviendrait de la destruction du tissu conjonctif. Y a-t-il inflammation? On a trouvé des accumulations périvasculaires des leucocytes. Jones, qui n'a pas rencontré de polynucléaires, conclut à l'« inflammation traumatique », qu'il oppose à « l'inflammation-inflammation ».

La quantité de liquide est variable. Kantcheff a vu une bourse en contenant 1.500 cm³ d'une densité 1.031.

La forme décrite par Chassaignac sous le nom d'*hygroma fibreux* ou *fibro-lipomateux* peut être considérée comme une variété où la prolifération du tissu prédomine. La paroi est fibreuse et sclérosée, le liquide est en très petite quantité.

L'HYGROMA PROLIFÉRANT est caractérisé par l'irrégu-

larité de sa paroi interne, aux abondantes végétations. Il contient souvent de véritables *corps étrangers* analogues aux corps étrangers articulaires.

Signalons encore parmi ces formes non-infectieuses l'hygroma hémorragique (Morestin), avec épaissement de la paroi et épanchement hémorragique. Son volume varie d'une petite mandarine à une tête d'adulte (Bianchetti).

Bursites infectieuses

La forme la plus fréquente est la *bursite aiguë*, improprement appelée hygroma. Elle complique très souvent la bursite chronique. On constate une augmentation du volume de la bourse avec hypertrophie et rugosités de la paroi.

Aschoff distingue des bursites aiguës nécrotiques, exsudatives et proliférantes.

Les BURSITES TUBERCULEUSES sont en général sérieuses; l'examen histologique de la poche, l'inoculation du liquide au cobaye révèlent leur nature. Elles sont tubéreuses, fongueuses ou caséuses. Dans ces dernières formes, les plus fréquentes, se rencontrent les lésions tuberculeuses les plus typiques.

Les BURSITES SYPHILITIQUES, très exceptionnelles, sont sérieuses à la période secondaire, gommeuses à la période tertiaire.

Toutes les bursites ont été englobées sous le nom d'hygroma qui en bonne nomenclature ne devrait s'appliquer qu'aux collections séreuses. Dans la suite de ce travail le nom d'hygroma désignera la bursite chronique non infectieuse.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On distingue deux formes cliniques. Les bursites aiguës et les bursites chroniques.

BURSITES CHRONIQUES. -- L'imprécision fréquente de l'étiologie a fait de cette forme une classe assez confuse où se trouvent reléguées toutes les bursites qui n'ont pas l'allure d'abcès chaud qui caractérise la bursite aiguë. Là, voisinent avec les hygromas non infectieux, des bursites tuberculeuses, syphilitiques, etc., à un certain stade de leur évolution.

Nous aurons ici en vue l'hygroma traumatique. La syphilis et la tuberculose évoluent dans les bourses séreuses, qu'elles frappent à la vérité fort rarement, avec leurs formes et leur symptomatologie habituelles. L'hygroma traumatique intéressant par les problèmes particuliers qu'il pose nous paraît d'ailleurs absorber à peu près tous les cas décrits sous le nom de bursite chronique. En effet, selon une statistique établie en 1891 par Petit :

53 % des hygromas de diverses régions articulaires étaient dus au traumatisme.

15 % au rhumatisme.

2 % au refroidissement, à la fièvre puerpérale.

30 % étaient de cause indéterminée.

La seule cause bien déterminée est donc le traumatisme. On n'a trouvé que très rarement des hygromas rhumatismaux ou puerpéraux.

C'est d'ailleurs à l'âge du travail physique que l'on rencontre l'hygroma. La statistique établie dans le service de Polaillon, de 1789 à 1885, et citée par Nata, porte sur 51 cas dont 47 hommes et 4 femmes. Parmi ces malades :

7 avaient de 15 à 20 ans;
13 de 20 à 30 ans;
13 de 30 à 40 ans;
9 de 40 à 50 ans;
4 de 50 à 60 ans;
5 avaient plus de 60 ans.

La même conclusion se dégage de la statistique de Klesk :

12 % avant 20 ans;
33 % entre 20 et 40 ans;
52 % entre 40 et 60 ans;
3 % entre 60 et 90 ans.

Sur 55 cas, Jones compte 38 hommes et 17 femmes. Il conclut lui-même que l'hygroma est plus fréquent chez les hommes à la période du travail. Le nombre

des femmes atteintes est plus élevé que dans la statistique de Polaillon : Jones observe à une époque et dans un pays où le travail de femmes est plus répandu.

Étiologie

L'hygroma peut succéder à un traumatisme unique et violent. C'est souvent un accident de travail. Dans sa statistique, Jones cite 19 de ces cas.

Dans 11 autres cas, il s'agissait de traumatismes modérés et répétés. Cette étiologie est peut-être plus fréquente que les statistiques ne tendent à l'établir. Un traumatisme unique et récent est souvent accusé par les malades. L'élément psychique et la législation qui ne permettent au malade d'être indemnisé que dans ce cas jouent-ils un rôle dans ce fait?

Il est d'ailleurs classique d'admettre que certaines professions, parmi lesquelles celles de couvreurs, maçons, lavandiers, paveurs, religieux, femmes de ménage, parqueteurs, carreleurs, raboteurs de parquet, terrassiers payent un lourd tribut à l'hygroma. Nous l'avons rencontré fréquemment chez les parqueteurs.

Le parqueteur effectue son travail à genoux, le tronc incliné en avant, appuyé sur la main gauche. Dans cette position, le corps repose sur la tubérosité antérieure du tibia, et la pointe de la rotule affleure à peine le sol. Elle ne comprime pas les parties moi-

les sous-jacentes. Le siège de l'hygroma dans les bourses prétibiales est donc facile à expliquer. Plus difficilement compréhensible est le siège prérotulien signalé dans les observations antérieurement publiées (Peyrichou-Nata). Il faudrait peut-être faire intervenir un déplacement des parties molles et des bourses prérotubiennes superficielles, déplacement inverse de celui de la rotule dans la flexion.

Les hygromas de nos malades sont prétibiaux.

Ce sont donc les petits traumatismes du travail et la compression permanente, qui, tout autant que le traumatisme unique incriminé par les auteurs, constituent l'étiologie la plus claire de l'hygroma.

Et c'est en effet de un à cinq ans environ après le début du travail à genoux que nous voyons se développer l'hygroma. A 14 ou 15 ans, lorsque le sujet a appris son métier au sortir de l'école, à 30 ans et plus lorsque des raisons matérielles amènent un sculpteur sur bois par exemple à changer de métier et à devenir parqueteur.

Le réciproque est vrai. Survient-il une période de chômage? Le parqueteur verra sa « poche d'eau » diminuer de volume, devenir flasque; le chômage se prolonge-t-il, l'ouvrier change-t-il de métier? elle finira par se « vider ». Tel ce parqueteur que nous avons interrogé et qui, ayant commencé à exercer son métier à l'âge de 13 ans, se plaignait en 1914 d'un hygroma bilatéral assez volumineux pour gêner la marche. Survient la mobilisation. Il redoute pour ses genoux les fatigues des longues marches, lui qui peut difficilement se rendre à son travail. Ayant rejoint son unité et envoyé au front il verra au cours de

quatre ans de guerre et de fatigues disparaître complètement l'infirmité qui le gênait.

Pathogénie

Le tissu conjonctif réagit à la compression et aux traumatismes répétés par la prolifération et la liquéfaction (Virchow, Schuchard, Langemark, Jones H. T.). Virchow et Schuchard ont observé la formation des bourses hygromateuses au niveau des gibbosités pottiques, scoliotiques et des exostoses tibiales. Tubby au niveau des pseudarthroses, Langemark au niveau des moignons d'amputation.

H. T. Jones a étudié histologiquement ce processus de transformation des tissus.

D'après lui, le tissu conjonctif traumatisé prolifère. Ce tissu conjonctif de prolifération est encore indifférencié et mal vascularisé. Son exoplasme fibrilleux se transforme par disparition des fibrilles en une substance hyaline, contenant de la fibrine. C'est le liquide de l'hygroma. C'est ainsi que se serait déjà formée la bourse normale chez l'embryon et le jeune enfant, et l'hygroma ne serait qu'une exagération pathologique d'un processus embryologique. Cette conception appuyée par des documents histologiques frappants nous paraît la plus propre à expliquer les faits cliniques.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE, ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

Le médecin voit rarement l'hygroma à ses débuts, sauf dans les cas où il succède à un accident. La « poche d'eau », la « boule », comme l'appellent les ouvriers, est une misère bien connue de la profession et n'amène le malade à consulter que lorsqu'elle entraîne une gêne fonctionnelle appréciable. Parfois c'est à l'occasion d'une complication d'une bursite aiguë succédant à une piqûre par un clou de tapisserie, ou une écharde de parquet, à une infection de voisinage que le malade vient voir le médecin.

C'est généralement un homme de 25 à 45 ans exerçant une des professions plus haut signalées. Son hygroma a une longue histoire entrecoupée de poussées aiguës succédant à des menus accidents. Les antécédents personnels héréditaires, collatéraux n'ont rien que de banal.

Signes fonctionnels

La gêne varie avec le volume de la tuméfaction. La flexion de la jambe sur la cuisse est douloureuse. Le travail prolongé occasionne des douleurs sourdes rappelant celles de l'arthrite chronique. Certains malades déplacent leurs bourses en dehors pour pouvoir se mettre à genoux. La marche peut être gênée.

Signes physiques

Inspection. — On signale souvent l'intégrité de la peau. Dans l'hygroma des parqueteurs nous l'avons toujours trouvée calleuse, plissée, épaisse et squameuse. Elle est souvent violacée, pigmentée. D'un volume parfois considérable, en cas de traumatisme unique, la tuméfaction ne dépasse pas la taille d'une orange dans l'hygroma professionnel.

Palpation. — La tuméfaction est fluctuante, donnant aux doigts une sensation qui varie avec la tension du liquide dans la bourse et la profondeur de celle-ci. On peut parfois sentir la paroi épaissie. La consistance est-elle pâteuse? C'est un hygroma fibrolipomateux ou fibreux.

Duvernay a décrit dans le cas des bourses communicantes un signe perceptible à la palpation, c'est le bruit de chaînon. Dans les bursites hémorragiques, si le sang est coagulé, la consistance peut être dure.

Quelques auteurs ont étudié la translucidité de cette tumeur et ses variations possibles selon la nature du liquide. La nature du liquide ne nous paraît pas seule en jeu. Il faut tenir compte de la profondeur de la bourse et de l'épaisseur de la peau très modifiée chez les ouvriers qui travaillent à genoux.

L'articulation du genou est souvent cliniquement normale.

La radiographie ne montre rien de caractéristique, sauf dans les cas rarissimes de bourses calcifiées. Il eût été très instructif d'injecter dans les bourses des substances opaques. Ce que nous n'avons pu faire.

L'examen général de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, nerveux ne révèle rien de caractéristique.

Les signes généraux sont nuls au cours de l'hygroma. La bursite aiguë donne un peu de température.

Le diagnostic s'impose dans l'immense majorité des cas. Les antécédents professionnels, les signes fonctionnels et physiques, le siège anatomique ne laissent aucun doute.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic peut se discuter avec quelques affections ayant le même siège :

- a) un hématome de la bourse;
- b) les bursites tuberculeuses et syphilitiques;
- c) un anévrisme;
- d) un kyste articulaire;
- e) un abcès froid;
- f) un kyste hydratique;
- g) une tumeur molle (myxome, lipome);
- h) une tumeur maligne de la bourse.

Il est quelquefois difficile de situer la profondeur de la tuméfaction. On peut croire à une affection articulaire. Mais, au cours des arthrites et synovites, on trouve de la douleur au niveau de l'interligne articulaire, les mouvements même de faible amplitude sont douloureux, enfin le choc de la rotule est un bon signe. Une hydarthrose peut coïncider avec un hygroma.

L'hématome simple est de courte durée.

La tuberculose peut être diagnostiquée par son évolution vers l'abcès froid, par l'examen du liquide et l'inoculation au cobaye.

L'anévrisme est animé de battements. Son siège habituel est le creux poplité.

C'est l'examen de la pièce opératoire, bien plus

que les signes cliniques, qui fait le diagnostic du lipome et du myxome. Ceux-ci pourraient être confondus avec le kyste hémorragique. Dans ces cas la ponction ne donne pas de liquide.

Il existe des néoplasmes primitifs de bourses séreuses (Lejars), à type de sarcome, myxosarcome, fibrochondrome.

EVOLUTION

L'hygroma peut rester longtemps stationnaire. Souvent son volume augmente, mais habituellement les complications surviennent.

BURSITE AIGÜE. — Nous envisageons seulement ici la bursite aiguë qui vient fréquemment compliquer l'évolution de l'hygroma traumatique.

L'inverse est d'ailleurs quelquefois observé et un hygroma succède à une bursite aiguë.

Pathogénie. — L'agent infectieux peut pénétrer dans la bourse à la faveur de la moindre solution de continuité des téguments. Une écharde de bois, un clou de tapisserie sont souvent la cause de complications inflammatoires. Parfois l'incident est si minime qu'il est passé inaperçu. Les infections de voisinage auxquelles ces ouvriers sont particulièrement exposés peuvent se propager à la bourse par la voie lymphatique dans cette région riche en vaisseaux blancs (hygroma furonculeux).

La voie lymphatique encore ou la voie sanguine peut amener l'infection d'un foyer éloigné (infection métastatique).

La *symptomatologie* d'une bursite aiguë est celle d'un abcès chaud banal. Les signes peuvent être moins nets (particulièrement la fluctuation) étant donné le siège parfois profond de la suppuration. Le genou sous-jacent peut être le siège d'une arthrite aiguë, complication heureusement très rare.

Le *diagnostic différentiel* peut se faire avec le rhumatisme pseudo-infectieux et la gonococcie des bourses séreuses. Le *traitement* chirurgical devra être précoce et énergique.

Il faut se hâter d'inciser pour éviter la diffusion (surtout vers l'articulation) et l'*ouverture spontanée* génératrice d'une fistule interminable.

On peut observer exceptionnellement la dégénérescence maligne d'un hygroma fistuleux en épithélioma pavimenteux.

La *rupture*, rare, succède à un traumatisme. Elle n'entraîne pas la guérison en raison de la persistance de la poche.

Pronostic

Ce sont les complications qui font le pronostic. Enlevé, l'hygroma ne récidive pas, mais le traumatisme continuant, une autre bourse pourra devenir hygromateuse.

La transformation tumorale a été observée.

Rodolfo-Redi a publié deux cas personnels de tumeurs conjonctives de la bourse séreuse. Un myxome

dont il a pratiqué l'ablation. Chez une dame très pieuse, dont la tuméfaction prérotulienne augmentait rapidement de volume, il a posé le diagnostic clinique de fibrome.

L'éventualité de la dégénérescence maligne a été signalée.

Traitement

Les parqueteurs se transmettent l'adresse d'une herboristerie où se vend une pommade qu'ils appliquent sur leur hygroma et qui leur donne, disent-ils, d'excellents résultats. Cette tradition nous a paru assez ancienne. C'est un des « secrets » du métier.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Boyer employait des compressees imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

Nélaton et Velpeau faisaient des applications d'alcool.

Monro se servait de vésicants.

Codmann (1908), Kleimberg (1915) prescrivent les bains froids locaux, les massages et la mobilisation active et passive.

Les injections de la solution iodo-iodurée de Lugol furent autrefois pratiquées. Les injections de caustique sont complètement abandonnées. Certains de nos malades ont appliqué une pommade iodée (spécialisée d'ailleurs) qui leur aurait donné des résultats.



TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Incision

Stella (1905) a vu une récurrence sur sept incisions, mais il ne s'agissait pas de malades exposés à des traumatismes répétés.

Ablation

Elle peut être partielle ou totale. L'ablation partielle n'est indiquée que pour les cas rares où il existe des adhérences telles que leur destruction entraînerait une destruction de l'aponévrose ou du ligament. Il est le plus souvent indiqué de procéder à l'extirpation complète de la poche.

Bursites suppurées

Il faut inciser dès que le pus est collecté. On peut tenter en même temps l'extirpation de la poche en excisant et curettant largement les parois de l'abcès ou bien attendre la fin de la suppuration pour pratiquer une intervention secondaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G. A..., âgé de 54 ans, pose des parquets depuis l'âge de 14 ans.

Peu de temps après avoir commencé à travailler, il voit se développer au-dessous de ses deux genoux une tumeur qui n'entraîne pas une grande gêne fonctionnelle. Il déclare être bien portant et n'avoir eu aucune maladie grave. Nous relevons toutefois du rhumatisme au cours de son service militaire. Une blennorrhagie. Une grippe à l'âge de 40 ans. A gauche, nous voyons au-dessous de la rotule une tumeur rappelant une orange par le volume et la couleur. La peau est épaisse, craquelée. La masse a une consistance pâteuse et garde le godet. A droite, nous trouvons une poche kystique vide qui paraît avoir la même étendue que celle du genou gauche. Cet ouvrier nous dit que ces hygromas ont perdu leur élasticité habituelle au cours de quatre mois de chômage.

Poids : 61 kilos.

OBSERVATION II

M. D. C..., âgé de 33 ans, exerce le métier de parqueteur depuis huit ans. Cet homme, bien portant, ne se rappelle aucune maladie depuis l'enfance.

C'est au cours de ses deux premières années dans son métier actuel qu'il voit apparaître progressivement deux tumeurs arrondies au-dessous de ses deux genoux. En 1933 survient, du côté droit, une poussée aiguë. La tumeur devient douloureuse et grossit au point que cet ouvrier a de la peine à mettre son pantalon. Sous l'influence du repos tout rentre dans l'ordre.

Il se plaint actuellement de douleurs en cas de travail prolongé. La peau du genou droit est rouge-violacée, calleuse. Au-dessous de la rotule nous voyons une tumeur arrondie grosse comme un œuf de poule.

Le genou gauche est recouvert d'une peau épaissie. Mais la tumeur prétiibiale est moins saillante.

A droite la palpation montre une peau mobile, une tumeur fluctuante mais peu tendue. A l'intérieur de la poche on sent une petite masse solide, grosse comme une bille, de consistance cartilagineuse. Cet ouvrier nous signale que ses hygromas régressent quand il ne travaille pas. L'examen de l'articulation révèle l'existence du choc de la rotule.

Poids : 74 kilos.

C'est un hygroma de la bourse prétiibiale superficielle avec un corps étranger.

OBSERVATION III

B. J... est un homme de 58 ans. Pendant trente ans il a exercé le métier de parqueteur. Aujourd'hui il l'a abandonné. L'état de ses genoux l'a poussé à chercher un autre travail et il est maintenant riveur dans une usine métallurgique.

Il a d'ailleurs l'intention de reprendre son ancien métier, « lorsque ses poches d'eau » auront diminué.

Il tousse depuis la guerre mais il ne maigrit pas. Il y a six ans une chute sur les talons a entraîné une fracture du calcaneum. Depuis 1920 il est porteur d'un hygroma bilatéral du volume d'une petite mandarine.

A *gauche* cet hygroma a suppuré, entraînant une fistule qui a mis deux ans à se refermer. L'hygroma du genou droit n'a pas été non plus exempt de complications; la plus récente est une bursite aiguë qui s'est déclarée à la suite d'une piqûre accidentelle par un clou de tapis au cours d'un travail effectué au ministère des Affaires étrangères. Une fistule s'est formée et la longue incapacité de travail n'a pas été indemnisée par la Compagnie d'assurances. L'argument invoqué est que l'hygroma des parqueteurs est une maladie professionnelle.

Nous voyons actuellement, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia gauche, une tumeur arrondie grosse comme un œuf de poule, recouverte d'une peau rouge violacée, d'où se détachent quelques squames. Cette masse se révèle, à la palpation, molle, non fluctuante, on dirait d'une poche vide. A droite

l'aspect est le même, il existe une masse du même volume, ombiliquée dans son centre, par le puits cicatriciel de l'ancienne fistule.

La consistance de cette tuméfaction est celle d'un tissu cicatriciel post-inflammatoire. L'état général est assez satisfaisant. Le poids est de 85 kilos,

OBSERVATION IV

C. H... est un vieux parqueteur, il exerce son métier depuis 1895. Il est âgé de 62 ans. Son histoire est longue et les récides nombreuses. En 1911, il subit une première intervention. En 1922, à la suite d'un traumatisme, apparaît, au niveau de l'autre genou, un hygroma qui grossit rapidement et se résorbe lentement sous l'influence du traitement médical. Une récide impose l'incision qui est pratiquée à Bicêtre en 1925. Nouvelle récide en 1929 et, cette fois on pratique l'extirpation de la poche sous anesthésie générale, à la Pitié. Cet homme âgé ne se rappelle aucune maladie grave, si ce n'est une diphtérie en 1914. Il a eu plusieurs blennorragies dont la dernière, survenue à l'âge de 40 ans pendant la guerre, fut seule correctement soignée.

Il a eu des coliques néphrétiques.

A l'examen nous voyons ses genoux couturés de multiples cicatrices. La peau est glabre et squameuse.

Poids : 90 kilos.

T. A. 22-11 au Pachon.

OBSERVATION V

M. C. E..., âgé de 40 ans, parqueteur, est un malade opéré. L'état de ses genoux l'a obligé à abandonner son métier. Il est maintenant commerçant.

Il a toujours joui par ailleurs d'une parfaite santé. Nous ne relevons chez lui aucun antécédent gonococcique rhumatismal ni tuberculeux. En 1928 il constate que le volume de la tumeur qui existait au-dessous de son genou droit prend des proportions considérables. Il ne peut pas, dit-il, passer son pantalon. L'augmentation avait été progressive. Cette bourse volumineuse se déplaçait en dehors quand il se mettait à genoux. C'est à ce moment qu'une bursite aiguë se déclare et que l'on pratique l'excision de la bourse. Cet ouvrier travaillait en faisant porter le poids du corps sur le genou droit; c'est ainsi qu'il explique la localisation de son hygroma.

A l'examen nous remarquons au-dessous de la rotule droite une incision arciforme à concavité dirigée vers le haut. Le genou gauche est normal. La peau est rouge et mobile.

OBSERVATION VI

D. J..., âgé de 47 ans, est parqueteur. C'est à un traumatisme qu'il fait remonter l'origine de ses ennuis.

La tumeur très douloureuse siégeant à gauche grossit rapidement et, après sédation des phénomènes ai-

gus aurait laissé un hygroma entraînant une gêne fonctionnelle qui impose l'intervention.

Le genou gauche est gros. Nous y voyons une cicatrice arciforme à concavité dirigée vers le haut.

L'examen de l'articulation révèle qu'il existe un choc de la rotule.

Il n'y a aucune douleur articulaire. La peau du genou droit est épaissie.

OBSERVATION VII

M. D. A... est âgé de 42 ans. Il a commencé à travailler comme parqueteur à l'âge de 12 ans. Environ six ans après, il commence à être gêné par une tumeur progressivement apparue au genou gauche. A son travail il doit déplacer cette masse en dehors pour se mettre à genoux.

Il emploie la pommade traditionnelle. On lui fait des « pointes de feu » et le volume de la tumeur diminue. Malgré la gêne éprouvée, il repousse toute opération jusqu'au jour où, après un traumatisme léger, il voit « la boule » augmenter de volume et devenir douloureuse. Il subit donc, il y a cinq ans, une intervention.

A l'heure où nous examinons le malade, il vient de quitter son travail. Une peau rouge ecchymotique recouvre les rotules et la région pré-tibiale, nous voyons ainsi quelle est la surface cutanée qui est en contact avec le sol.

Au niveau du genou gauche nous voyons une cicatrice d'excision de l'hygroma qui remonte au-dessus

de la rotule. Les fossettes rotuliennes sont effacées. La peau est épaisse. Elle forme avec le tissu cellulaire sous-cutané une masse où l'on ne sent pas de fluctuation. Cette masse suit les mouvements imprimés à la peau. Mais la main qui la déplace sent une sorte de crépitation sèche. Peut-être est-ce une bride fibreuse provenant d'un ancien hygroma, incomplètement extirpé, ou peut-être est-ce un simple tissu scléreux cicatriciel.

En examinant l'articulation, nous trouvons un choc de la rotule. On ne réveille pas de douleurs au niveau de l'interligne articulaire.

A droite nous remarquons un petit hygroma superficiel pré tibial qui n'entraîne pas de gêne fonctionnelle.

La peau est épaisse. L'examen général ne révèle rien de pathologique.

Tension artérielle au Pachon, 16-11.

Poids : 92 kilos.

OBSERVATION VIII

Le raboteur de parquets A. D..., âgé de 44 ans, exerce son métier depuis quinze ans. Il travaillait auparavant dans une briqueterie.

Dans le cours des deux premières années il a vu naître et croître une tumeur au-dessous de son genou droit. Il nous donne lui-même l'explication de cette localisation. Il y a dix-sept ans, une fracture du fémur droit mal réduite a entraîné un raccourcissement de la cuisse droite. Depuis, cet ouvrier a pris

l'habitude de faire porter le poids du corps de ce côté. Cet homme, apparemment bien portant, ne se rappelle aucune maladie grave. Aucun antécédent vénérien ni tuberculeux.

En décembre 1937 il aurait subi une intervention sur laquelle il est incapable de nous fournir la moindre précision. A l'examen nous constatons l'existence au-dessous de la rotule droite d'une tuméfaction ayant la grosseur et la forme d'une moitié de mandarine. La peau qui la recouvre est mobile, légèrement pigmentée, avec les stries transversales. Cette tumeur paraît très superficielle, recouverte seulement par la peau. Elle est fluctuante, mais devient rénitente si on fléchit fortement le genou; cette hyperflexion est douloureuse. Au-dessous de la tumeur une courte cicatrice arciforme à concavité dirigée vers le haut n'a pas la forme ni l'étendue de la cicatrice classique d'excision. L'examen de l'articulation ne révèle pas de choc de la rotule.

C'est un hygroma de la bourse prétilbiale superficielle qui a récidivé après incision ou extirpation incomplète. Comme la plupart des parqueteurs, cet ouvrier porte des genouillères de liège pendant son travail, mais son genou est douloureux bien qu'il ne travaille guère plus de trois jours par semaine à cause du chômage qui sévit actuellement dans le bâtiment.

Poids : 60 kilos.

L'examen général ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION IX

M. A. A..., âgé de 33 ans. C'est après un an seulement de travail régulier qu'il voit se développer une tumeur sous-rotulienne à gauche. Cette « poche d'eau » ne le gêne ni ne l'inquiète. Mais, en 1926, surviennent brusquement des douleurs violentes. Et la marche devient difficile. C'est alors qu'il consulte. L'incision au bistouri qui est pratiquée le soulage et, après un mois de repos, il reprend son travail.

Nous ne trouvons rien dans ses antécédents qui évoque la tuberculose. Cet homme, qui jouit d'une excellente mémoire, ne se rappelle aucune maladie, si ce n'est le souvenir précis qu'il a gardé d'une rougeole survenue à l'âge de 5 ans. Il a été opéré en 1934 à l'hôpital Bichat d'une hernie inguinale droite.

Actuellement le travail prolongé provoque des douleurs du genou.

A gauche, au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia, nous voyons une cicatrice oblique d'incision.

La peau est rouge et desquame légèrement. La palpation n'est pas douloureuse. L'examen de l'articulation est négatif.

Le genou droit est normal. Nous remarquons quelques squames. Nous ne relevons rien de pathologique à l'examen général. L'état général est excellent.

Poids : 72 kilos.

Tension artérielle 16-7 au Pachon.

L'HYGROMA DES PARQUETEURS

L'hygroma est lié à la profession dont il suit les vicissitudes. Il apparaît une ou quelques années après le début du travail, grossit dans les périodes de prospérité, diminue dans les périodes de chômage, disparaît après la cessation du travail.

Rien ne paraît désigner à l'avance ceux qu'il atteint. Leurs antécédents ne sont pas chargés, la gonococcie est rare, rien ne permet de mettre en cause la tuberculose ni la syphilis.

Il n'a aucune préférence pour le côté gauche ou droit. Ce qui compte c'est l'attitude de travail, les habitudes ou les infirmités de chacun.

Il apparaît progressivement, grossit lentement. Un début brusque par bursite hémorragique existe, nous ne l'avons pas constaté. La peau est épaisse, calleuse, la striation est accentuée et, dans la plupart des cas, profonde et transversale. On voit des durillons et quelques squames. Le volume de la tumeur n'atteint pas, dans les cas que nous rapportons, les volumes records décrits dans d'autres formes. Il ne dépasse pas celui d'une orange. La lente réaction du tissu conjonctif de la paroi épaissie et résistante l'explique bien.

Chez les parqueteurs ce sont les bourses prétiibiales, superficielles et profondes, qui sont atteintes. Dans les observations précédemment publiées, où était plus souvent en cause le traumatisme unique, c'étaient les bourses prérotuliennes.

L'évolution de l'hygroma est traversée de poussées inflammatoires, de bursites aiguës. Son siège l'expose particulièrement à l'infection directe ou indirecte. La poche peut suppurer.

L'incision soulage le malade, permet de tarir la suppuration si elle existe. Mais nous avons vu l'hygroma récidiver.

L'excision donne des résultats durables. Mais nous avons trouvé fréquemment un choc de la rotule chez les parqueteurs opérés de la bourse prétiibiale superficielle. Ce qui permet de penser qu'il s'est produit une hydarthrose traumatique.

LÉGISLATION

Si l'hygroma est par lui-même une affection essentiellement bénigne, puisqu'il s'agit, selon Jones, d'un perfectionnement de la bourse séreuse normale, il entraîne dans la règle des complications infectieuses. Le porteur d'hygroma professionnel est donc astreint à des périodes de repos d'autant plus prolongées que le genou malade est celui qui supporte le poids du corps pendant le travail et qu'il faut donc attendre une guérison parfaite des accidents. Un moment vient toujours où il faut recourir à l'excision. Là encore arrêt de travail, frais, convalescence plus longue que dans des cas non professionnels.

Or, actuellement, ces arrêts et ces frais ne sont l'objet d'aucune indemnisation. Il ne s'agit pas, en effet, le plus souvent, d'un accident de travail. Nous avons vu toutefois qu'un hygroma volumineux particulièrement gênant pouvait succéder à un traumatisme unique. Il s'agit, dans le plus grand nombre des cas, d'une maladie professionnelle classiquement considérée comme telle, dont les travaux histologiques contemporains, ceux de Jones en particulier, ont précisé la pathogénie et confirmé l'origine professionnelle.

L' « agent causal » de cette maladie, ce sont les petits traumatismes répétés et la compression constante.

Les « métiers » et « travaux » sont ceux de maçon, terrassier, mineur, couvreur, carreleur, lavandier, paveur, femme de ménage. Nous l'avons observée chez les parqueteurs et raboteurs de parquets.

Les symptômes de cette maladie sont la tuméfaction progressive des bourses séreuses de la partie antérieure du genou.

La loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents de travail. La loi définit ainsi les maladies professionnelles :

ART. 2. — « Sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants. »

Mais ces tableaux peuvent être révisés et complétés.

D'après la loi du 1^{er} janvier 1931 : « La nomenclature des maladies professionnelles, ainsi que les tableaux annexés à la présente loi, pourront être révisés et complétés par des règlements d'administration publique, pris après avis de la Commission d'hygiène industrielle et la Commission supérieure des maladies professionnelles. »

Il existe naturellement un grand nombre de maladies professionnelles qui ne sont pas encore inscrites aux tableaux annexés à la loi de 1919.

Un décret du 16 octobre 1935 en énumère un nombre important dont il rend la déclaration obligatoire

aux médecins ou officiers de santé « en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de ladite loi » (celle du 25 octobre 1919).

Ce décret cite, dans les cas professionnels à déclarer, le « genou battu », dénomination vague, qui ne paraît pas englober l'hygroma professionnel.

En vue de la déclaration des maladies professionnelles, indemnisées ou non, le médecin dispose de cartes-lettres détachées d'un carnet à souches circulant en franchise et gratuitement mises à sa disposition. La déclaration doit être adressée au ministre du Travail par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines, et indiquer la nature de la maladie et la profession du malade.

Nous recommandons vivement dès maintenant la déclaration systématique de l'hygroma professionnel. En tout état de cause l'hygroma professionnel nous paraît suffisamment caractérisé par la connaissance de l'agent causal, des métiers et travaux où il s'observe, par ses symptômes, pour figurer aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919.

CONCLUSIONS

La partie antérieure de la région du genou est riche en bourses séreuses. Certaines de celles-ci n'ont pas été décrites dans les travaux antérieurs concernant les bursites du genou.

Il ressort des cas antérieurement publiés que la bursite succédant à un traumatisme unique atteint fréquemment les bourses prérotuliennes. Nous avons constaté que l'hygroma chronique, succédant à de petits traumatismes répétés dans les professions où les ouvriers travaillent à genoux (en particulier parqueteurs et raboteurs de parquet), affecte le plus souvent les bourses prétiibiales.

Un même processus peut expliquer l'hygroma et la naissance des bourses séreuses normales chez l'embryon et le jeune enfant. Les tissus réagissent aux traumatismes professionnels répétés, à peu près de la même manière que les tissus de l'embryon aux légers traumatismes intra-utérins, du jeune enfant.

aux premiers traumatismes de l'activité vitale. Ce processus est admis par les auteurs américains.

La symptomatologie de l'hygroma professionnel s'écarte sur quelques points de la description classique. Le volume de la tumeur reste modéré, la peau qui la recouvre présente des modifications de couleur et de consistance.

L'hygroma ne récidive pas après exérèse de la bourse, du moins *in situ*.

Dans les cas où l'intervention chirurgicale s'impose la préférence ira à l'excision totale de la bourse.

Nos observations corroborent l'opinion de maîtres comme Velpeau et Nélaton, et l'avis unanime des auteurs concernant la fréquence de l'hygroma professionnel.

La prophylaxie est difficile, sinon impossible. Ce n'est pas une attitude vicieuse, c'est l'attitude même du travail qui entraîne l'hygroma. Les genouillères de liège que portent les ouvriers et qui servent surtout à protéger leurs vêtements ne réalisent pas une protection efficace. Le poids du corps repose toujours sur les genoux.

Les interruptions de travail, les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires ne sont l'objet d'aucune indemnisation lorsque ne peut être retrouvé le traumatisme unique. L'argument invoqué est qu'il s'agit d'une maladie professionnelle non d'un accident du travail.

Il serait juste et conforme à l'esprit de la loi que cette maladie professionnelle, très anciennement et

unanimement reconnue comme telle, fût inscrite aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919.

Dès maintenant, il est souhaitable que tous les médecins praticiens qui se trouvent en présence d'un hygroma professionnel en fassent la déclaration.

Vu :
Le Président,
M. BALTHAZARD.

Vu :
Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. Bursites et petits corps intraséreux. *Rev. gén. clin. thérap.*, 1935, 49, 689.
- A. BASSET. Traité de Pathol. chirurgicale.
- BERGOWIC et SPEIDER. *Paris Médical*, n° 6, 1912.
- BIANCHETTI. Studio de Igroma chronico traumatico. *Policlinico Sez. Chir.*, 1921, p. 503.
- BONNEAU. Inflammation des bourses séreuses du genou. *Rev. gén. de Clin. et thérap.*, 1912, p. 661.
- CAMPER. Demonstrationum anatomo-pathologicarum. *Mém. de la Soc. Roy. de Méd.*, Paris, 1774.
- L. CARP. Conservative treatment of prepatellar bursitis (house-maid knee, 27 cas). *Surg. Gynec. and Obst.*, 52, 87, 91. Jan. 31.
- CASTEN. Inflam. de la bourse séreuse sous-rotulienne gauche. *Toulouse Médical*, 1903.
- DOLLINGER. Arch. f. Klin. Chir. Bd XXII, 1878.
- DUVERNAY. L'hygroma à grains rhiziformes du genou. *La Province médicale*, 1901, p. 115.
- FRANTZ. Uber Bursitis und ihre Behandlung. Ti. 1914, Berlin.
- HARMS. Ueber Schleimbentelentzündung. *Zschr. arztl. Fortbild*, 1936, 33, 427, 30.

- H. T. JONES. Hygromas du genou. *The Journal of Bone and Joint Surgery.*, vol. XII, n° 1, janvier 1930, pp. 45-89.
- KANTCHEF. *Thèse de Montpellier*, 1899.
- KLESK. Bursitis Nowiny Lekarskie. N° 1911.
- Franz KOELSCH. Handbuch der Berufskrankheiten. I Vol., 230.
- O. LANGEMARK. Die Entstehung der Hygrome. *Arch. für Klin. Chir.*, LXX, 946, 1903.
- LANGER. *Zeitschrift f. Veterinark.*, 42, 369-373. Oct. 1930.
- LE BLAYE. *Rev. Méd. du Centre-Ouest*. 10, 142-2, juin 1938. (Thérapeutique des Hygr. par les inj. de l'urée et de quinine.)
- NATA. Contribution à l'étude des hygromas prérotuliens. *Thèse Bordeaux*, 1920, 21.
- PETIT. De l'Hygroma trochantérien, Paris, 1891.
- J. PEYRICHOU. *Thèse Paris*, 1896. T. XXVIII, n° 591.
- POUSSIN. *Thèse Paris*, tome XXXVII, n° 497, 1897. (Les hygromas hémorragiques chroniques de la bourse séreuse prérotulienne.)
- REDI-RODOLFO. Le affezione della borsa sierosa, 1926.
- Rodolfo REDI. Les maladies des bourses séreuses. *La Pratica chirurgica*, an. 1, 1936, n°s 2, 3, 4, 5.
- ROUILLARD. Les bourses séreuses calcifiées. *Sem. Hôp. Paris*, 1879, 5, pp. 299-304.
- Jean SABRAZES GRAILLY. Le milieu synovial physiologique et pathologique. (Monographie des Archives de la fondation Bergoline.)
- K. SCHUCHARD. Ueber die Entstehung der subcutanen Hygroma. *Arch. für Klin. Chir.*, XI, 1890, 606.

A. H. TUBBY. Clinical Lecture on Chronic Enlargement of Bursae. *Clinical J.*, XV, 313, 1899-1900.

TESTUT. Anatomie.

VELPEAU. De la contusion dans tous les organes. *Thèse de concours. Archives générales de Médecine*, 1825-1926.

V. LAROM. Order de Clinique chirurgicale, t. II, p. 392.

